



**DIABETOLOGIE
INNERE MEDIZIN**
IN DER GOETHESTRABE

Dr. med. Jan Gewaltig
Goethestraße 1
47441 Moers

Tel. 02841 - 25688
Fax 02841 - 178423

info@diabetes-moers.de
diabetesberatung@diabetes-moers.de
www.diabetes-moers.de

Aufnahmebogen für Patienten mit Diabetes mellitus

Name, Vorname _____

Geschlecht m w d

Geboren am _____

Anschrift _____

Telefon _____

E-mail _____

Gewicht _____ kg

Größe _____ cm

Hausarzt/ Hausärztin _____

Seit wann ist bei Ihnen Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) bekannt? _____

Sind Sie im Behandlungsprogramm der Krankenkasse für Menschen mit Diabetes mellitus (DMP) aufgenommen? Ja Nein

Welche Tabletten nehmen Sie ein? Welche, welche Dosis und wie viele täglich?

Spritzen Sie Insulin? Welches? Welche Dosierung? Seit wann?

Welches Blut Blutzuckermessgerät benutzen Sie? _____

Haben Sie viel Durst oder müssen Sie häufig zur Toilette? _____

Haben Sie ungewollt Gewicht ab oder zu genommen? _____

Wenn ja, wie viel und in welchem Zeitraum? _____

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Unterzuckerungen, bei denen Sie sich nicht mehr selbst helfen konnten? Wenn ja, wie viele? _____

Ist in Ihrer Familie bereits Diabetes mellitus bekannt?

Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern _____

Bitte wenden

Ihre Berufstätigkeit _____

Rentner/Ruhestand _____

Familienstand _____

Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt? _____

Rauchen Sie und wie viel täglich? _____

Wie oft trinken Sie alkoholische Getränke? _____

Haben/hatten Sie folgende Krankheiten/Ereignisse?

- | | |
|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Erkrankungen am Herzen/an den Gefäßen |
| <input type="checkbox"/> Bypass-OP | <input type="checkbox"/> Erhöhte Blutfette/erhöhte Cholesterin |
| <input type="checkbox"/> Stent-Einlage | <input type="checkbox"/> Durchblutungsstörung in den Beinen |
| <input type="checkbox"/> Herzschwäche | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Nervenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Schlaganfall |

Welche weiteren Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Ich erkläre mich mit der Weitergabe meiner Daten an ärztliche Kollegen und Kolleginnen einverstanden. Bei gewünschten E-Mail-Kontakt bin ich mir bewusst, dass der Inhalt durch Cyber-Kriminalität missbraucht werden kann. Ich bin damit einverstanden eine Recall-SMS zu erhalten. Nicht Zutreffendes bitte durchstreichen! Widerruf jederzeit möglich!

Moers, den _____ Unterschrift _____